CONCOURS D'AGRÉGATION DE CHIRURGIE — MARS 1907

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur J. DRUCBERT

G. STOFFEL, Éditeur

LILLE, 84, rue Saint-André, 84, LILLE

I. — TITRES

Lauréat de la Faculté de Lille
Mentions honorables, Concours de 1894 et 1896
Médailles d'argent, Concours de 1895 et 1898

Prix Parise,
(Chirurgie, Concours de 1900)

Prix de l'Association des Anciens Internes,
(Chirurgie, Concours de 1900)

Prix des Amis de l'Université de Lille, (1901)

Prix Philippart,
(Chirurgie générale, Concours de 1901)

Prix de Thèses.
(Médaille d'argent, 1902)

Externe des hôpitaux de lille
(Concours de 1895)

Interne provisoire
(Concours de 1897)

Interne titulaire
(Classé n° 1, Concours de 1898)

Chef de Clinique Chirurgicale a l'Université de Lille
du 1er novembre 1901 au 1er novembre 1905

II. — ENSEIGNEMENT

Conférences pratiques pour les candidats à l'Internat
en collaboration avec MM. Jouvenel et Breton
de 1900 à 1904

Chargé par l'Administration des Hospices
du Cours d'Anatomie et Chirurgie
à l'Ecole d'Infirmiers et d'Infirmières
des Hôpitaux de Lille
de 1902 à 1905

Conférences dans le service de M. le professeur Dubar
(1904-1905)

Suppléance de M. le professeur Dubar
à la Clinique Chirurgicale
de l'Hôpital de la Charité de Lille
du 15 août au 15 octobre 1903, 1904 et 1905

INDEX

D'APRÈS L'ORDRE DE DATE DES PUBLICATIONS

1899

1900

1901

1902

28. Fibromyxomes de l'utérus. *Soc. méd. du Nord*, 24 janvier. 34
29. Fibromes sous-muqueux de l'utérus. *Idem*, 14 février . . 34
30. Sclérose du pancréas ; diabète. *Idem*, 14 février 41
31. Recherches sur la toxicité des extraits de muqueuse intestinale. *Echo méd. du Nord*, p. 137 12
32. Epithelioma du col utérin traité par l'hystérectomie vaginale. Statistique des cancers utérins entrés depuis onze ans à La Charité de Lille. *Idem*, p. 186 34
33. Lipomatose généralisée. *Soc. méd. du Nord*, 28 mars . . 40
34. Anastomose vésicorectale par le procédé de Maydl chez une chienne. Mort au bout de 366 jours. *Idem*, 11 avril. 31
35. La dérivation des urines par l'intestin. *Archives prov. de Chirurgie*, mai-juin 32
    [Ce mémoire a obtenu le prix Philippart]
36. Ostéosarcomes du fémur. *Soc. méd. du Nord*, 9 mai . . . 37
37. Fibromes de l'utérus. *Idem*, 9 mai 34
38. Action du sérum antipancréatique sur le pouvoir amylolytique du sérum sanguin. *Société de Biologie*, 18 mai . . 41
39. Etude critique et expérimentale sur l'anastomose vésicorectale par le procédé de Maydl. *Echo méd. du Nord*, p. 293 31
40. Opothérapie entérique. *Idem*, p. 311 13
41. Résultats éloignés d'une ostéopériostite du péroné. *Soc. méd. du Nord*, 24 octobre 37

1903

42. Myome de l'utérus. *Soc. méd. du Nord*, 13 février. . . . 34
43. Iléosigmoïdostomie. Expériences et observations inédites, in *Thèse de Crespin*, Lille, mars 18
44. Fibrome de la paroi abdominale. *Echo méd. du Nord*, 8 novembre 29
45. Recherches expérimentales sur les greffes intestinales. 14
    Idem, n° 47 . . . .

1904.

46. Anesthésie locale par la cocaïne. *Revue de méd. et des Sc. annexes*, janvier 39
47. Sur l'absence de formol dans la bile des chiens après ingestion d'helmitol. *Echo méd. du Nord*, p. 25. . . . 26
48. Occlusion intestinale par cancer annulaire de l'intestin grêle. *Soc. méd. du Nord*, 22 janvier 16
49. Recherches expérimentales sur l'opothérapie entérique. *Gaz. méd. de Paris*, 23 janvier, et *Echo méd du Nord*, 14 février. 13
50. Cancer de l'œsophage. Consultation médico-chirurgicale. *Echo. méd. du Nord*, p. 103 . . . , ... 11
51. Sur le traitement chirurgical des néphrites par la décapsulation. *Rev. de méd. et des Sc. annexes*, mars. 33
52. Sur l'absence de produits antiseptiques dans la bile des chiens soumis à l'ingestion d'helmitol. *Soc. méd. du Nord*, 11 mars 27
53. Néphrectomie transpéritonéale pour pyonéphrose calculeuse ancienne. *Idem*, 15 avril. 33
54. Sur le passage des microbes à travers les parois de l'intestin. *Echo méd. du Nord*, p. 205 11
55. Les résultats éloignés de l'opération de Maydl dans l'exstrophie vésicale. *Idem*, p. 481 31
56. Hernie de l'appendice iléocæcal. *Thèse de Lequette*. Lille, décembre 16

1905.

57. Désarticulation interscapulothoracique pour ostéosarcome de la tête de l'humérus. *Soc. méd. du Nord*, 13 janvier. 38
58. Arthropathie tabétique suppurée du coude. *Idem*, 6 mars. 38
59. Appendice réséqué à froid, *Idem*, 22 mai. 17
60. Grossesse tubaire. *Idem*, 7 juillet 35
61. Ongle incarné. Consultation médicochirurgicale. *Echo méd. du Nord*, p. 367. 38

1906

1907

80. Nouveau procédé de jéjunostomie *in Recueil de faits cliniques et expérimentaux*. Stoffel, Lille, 1907 17

THÈSES INSPIRÉES

1. Crespin. — Des anastomoses de l'iléon avec la portion terminale du gros intestin. Iléosigmoïdostomie. Iléorectostomie. Lille 1902.
2. Loubry. — Contribution à l'étude des fibromes de la paroi abdominale. Lille 1903.
3. Brunel. — Recherches expérimentales sur les greffes intestinales. Lille 1903.
4. Thobois. — Du traitement de l'exstrophie de la vessie par le procédé de Maydl. Paris 1904.
5. Lequette. — Des hernies de l'appendice iléo-cæcal. Lille 1904.
6. Brasseur. — De la jéjunostomie et principalement de la jéjunostomie au cours de l'ulcère d'estomac en activité. Lille 1906.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — APPAREIL DIGESTIF

ŒSOPHAGE

Cancer de l'œsophage avec perforation de la trachée. Généralisation à la peau.
Soc. de méd. du Nord. 25 oct. 1901. (avec le Dr Ingelrans).

Le malade porteur de ce cancer, âgé de 70 ans, mourut presque subitement à la suite du passage des aliments dans la trachée par une perforation due au néoplasme. Des noyaux cutanés multiples existaient au niveau du thorax et de l'abdomen.

Cancer de l'œsophage. Consultation médico-chirurgicale.
Echo méd. du Nord. 1904. p. 103. (avec M. le Prof. Surmont).

INTESTIN.

Sur le passage des microbes à travers les parois de l'intestin
Écho méd. du Nord. 1904. p. 205.

Les innombrables microbes qui peuplent la cavité intestinale peuvent traverser ses parois, les travaux de Bizzozero, Dobroklonsky et Tchistovitch, Rodet, Pernet, Chantemesse et Vidal, Jeanselme, Clado, Guyon et Reymond, Albarran et Halle, Krogius, Schow, etc... l'ont démontré. Cependant certains auteurs : Friedlander, Marfan et Bernard, Hauser, Zahn, etc... n'admettent pas que les bactéries puissent traverser une paroi intestinale saine.

Cependant certaines conditions d'ordre général peuvent favoriser cette pénétration, ce sont : le refroidissement (Bouchard, Wurtz), le surmenage (Charrin et Roger), les intoxications (Wurtz et Hudelo, Péron)

La question des infections agoniques et cadavériques étudiée par Achard et Phulpin, Birch-Hirschfeld, Fraenkel, Wurtz et Hermann, Welch, Lesage et Macaigne, Becq, Marfan et Nanu, etc.. est intéressante à considérer au point de vue de l'importance qu'on peut attribuer à la constatation de microbes dans les différents organes prélevés dans les délais ordinaires des autopsies.

On peut admettre à l'heure actuelle que 24 heures après la mort, chez des cadavres conservés à une température inférieure à 15°, les microbes trouvés dans le foie, les reins, la rate, le sang du cœur, y ont été amenés pendant la vie.

Vient enfin la question de migration des bactéries intestinales quand le contenu de l'intestin est en stagnation (hernie étranglée, occlusion) bien connue depuis les travaux de Verneuil, Nepveu, Cornil, Clado, Bonnecken, Oker-Blom, etc...; nous-même avons pu constater cette migration sur des coupes d'anses d'intestin exclues avec fermeture totale. Il est bien démontré actuellement que des lésions peu intenses comme la congestion permettent l'invasion microbienne de la paroi.

Cinq mécanismes principaux permettent aux microbes de traverser les tuniques de l'intestin :

1) Pénétration à la faveur de lésions de nécrose des éléments cellulaires.
2) Véhiculation par les leucocytes. (Bizzozero, Ribbert, etc.).
3) Pullulation dans des foyers hémorrhagiques (Bosc et Blanc).
4) Cheminement dans les voies lymphatiques (Bonnecken, etc.).
5) Cheminement dans les voies sanguines (De Klecki, etc.).

Recherches sur la toxicité des extraits de muqueuse intestinale

Echo méd. du Nord. 1902. p. 137 (avec M. Denon):

Nous avons utilisé des extraits aqueux et des extraits glycérinés. Les extraits aqueux sont d'autant plus toxiques que la concentration est plus forte, 1 gr. de muqueuse au 1/10 est toxique, tandis que

2 gr. en dilution à 1/15 ne le sont pas. La mort survient par production de coagulations intravasculaires très étendues; ce fait n'a rien d'étonnant et l'on connaît le pouvoir coagulant des extraits de capsule surrénale, foie, rein, muscls, etc.

En rendant le sang de nos lapins incoagulable par injection d'extrait de têtes de sangsues, nous avons vu les animaux supporter 3 gr., échapper aux accidents immédiats en injectant une dose 25 fois supérieure à la dose mortelle.

L'extrait glycériné est beaucoup moins toxique, il faut l'extrait de 3 gr. de muqueuse pour tuer un animal. Encore la mort est-elle beaucoup moins rapide.

Opothérapis sntérique.

Echo méd. du Nord. 1902. p. 311 (avec le Dr Dehon)

Rscherches expérimentales sur l'opothérapie entérique

Gaz. méd. de Paris. 22 janv. 1904 et *Echo méd. du Nord.* 14 fév. 1904, (avec le Dr Dehon).

I. — L'extrait entérique ne semble pas doué d'une action neutralisante des produits toxiques d'origine fécale.

On injecte dans les veines de lapins 42 cc. d'extrait glycériné, dose correspondante à 2 gr. de muqueuse intestinale; ces animaux reçoivent ensuite 1 gr. et 1 gr. 50 de matières fécales, or, ils meurent immédiatement, alors que des lapins témoins ont survécu 36 heures après avoir reçu seulement 1 gr. de matières fécales en dilution.

II. — Pour obtenir une intoxication stercorémique moins brutale, on lie une anse intestinale; six cobayes témoins meurent en 12 à 36 heures.

Douze autres reçoivent immédiatement des injections d'extrait entérique et meurent cinq en 24 à 36 heures, trois en 48 heures et quatre le troisième jour.

Sur neuf cobayes, on décide de ne commencer les injections que le lendemain de la ligature; mais le lendemain, il n'en reste

que quatre en vie; cette sélection permet d'obtenir chez ces animaux injectés, une survie de 4, 5, 6 et 8 jours. De plus, chez ce dernier, il s'est fait un anus contre nature spontané.

Trois lapins, non traités, sont morts 2, 4 et 5 jours après la ligature de l'intestin; treize autres ont reçu des injections d'extrait entérique, huit sont morts au bout de 36 heures, deux le deuxième jour, deux le troisième et un le quatrième.

L'action des extraits de muqueuse intestinale contre les phénomènes de stercorémie est donc bien faible sinon nulle.

Recherches expérimentales sur les greffes intestinales.

Echo méd. du Nord. N° 47. 1903. (avec M. E. Brunel).

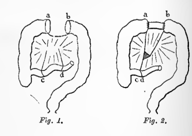


Fig. 1. *Fig. 2.*

Dans une première série d'expériences, nous avons enlevé sur le péritoine de l'intestin un lambeau long de 2 cm. et large de 5 mm. et cette plaie est recouverte par un lambeau d'épiploon; les animaux ont guéri dans la proportion de 7 sur 10. Sur 10 autres chiens, la plaie a été recouverte avec un lambeau découpé dans le péritoine pariétal; 9 animaux ont survécu, mais l'épiploon adhérait au niveau de la greffe.

Dans une seconde série d'expériences, nous avons enlevé un lambeau d'intestin long de 2 cm. et large d'un cm. comprenant les trois tuniques et refermé l'intestin. Ce lambeau est greffé dans une incision faite en un autre point de l'intestin ; sur 10

chiens, 6 ont survécu et ont été tués le vingtième jour. La greffe tenait parfaitement, l'épiploon adhérait du côté de la séreuse;

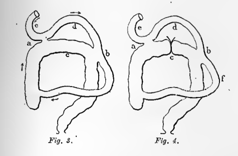


Fig. 3. *Fig. 4.*

du côté muqueux, la réunion était telle qu'elle ne se révélait que par une légère dépression. Il serait donc possible de fermer

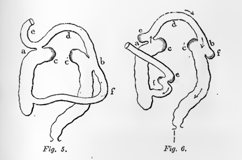


Fig. 5. *Fig. 6.*

un orifice intestinal avec un morceau d'intestin comprenant les trois tuniques. Mais le procédé est trop aléatoire pour s'appliquer à la chirurgie humaine.

Enfin une troisième série d'expériences a été faite sur l'iléocoloplastie par le procédé de Nicoladoni; nous n'avons pu obtenir un seul succès (Fig. 1 et 2).

Nous avons alors essayé, sans plus de succès, de faire l'opération en deux temps et en n'utilisant que des anastomoses latérales (Fig. 3 à 6); la plus grande multiplicité des sutures rend l'opération compliquée et trop longue. Aussi il est douteux que l'iléocoloplastie devienne applicable aux malades qui ont subi des résections étendues du gros intestin, la simple anastomose ou l'exclusion conserveront les préférences des chirurgiens.

Obstruction intestinale par cancer de l'intestin.

Echo méd. du Nord. 1899. p. 616.

Cas intéressant par la longue survie de la malade; femme de 44 ans à qui M. le professeur Dubar fit, le 18 novembre 1897 un anus cæcal pour obstruction intestinale par cancer de l'angle splénique du colon. L'état de la malade s'améliore considérablement, elle a même fréquemment des selles peu abondantes par l'anus normal.

En août 1899, nouvelle crise d'obstruction, une énorme tumeur développée aux dépens des annexes droites comprime l'anus artificiel; le cæcum et l'iléon fixés à la paroi n'ont pu fuir la compression; malgré l'ablation de la tumeur et le rétablissement du cours des matières, la cachexie progresse et emporte la malade le 24 octobre 1899, presque deux ans après la première intervention.

Occlusion intestinale par cancer annulaire de l'intestin grêle.

Soc. de méd. du Nord. 22 janv. 1904. (avec M. DE CHABERT).

Cancer du colon transverse. Extirpation. Mort de shock au deuxième jour.

Soc. de méd. du Nord. 11 octobre 1901.

Hernie de l'appendice iléo-cæcal

in Thèse de Lequette, Lille, décembre 1904.

Appendice réséqué à froid

Soc. de méd. du Nord 22 mai 1905.

Invagination de l'appendice iléo-cæcal

Soc. de méd. du Nord. 22 mars 1907.

Découverte au cours de l'opération d'une hernie du cæcum par glissement, compliquée d'étranglement, cette curieuse et rare lésion, dont Gernez n'a pu rassembler que 28 cas, n'avait donné lieu à aucun symptôme particulier dans les antécédents du malade.

Jéjunostomie pour cancer du cardia propagé à l'estomac Nouveau procédé de Jéjunostomie.

in *Thèse de* Brasseur, Lille, 1906, et *Recueil de faits cliniques et expérimentaux* Stoffel. 1907.

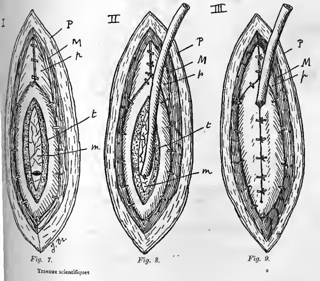


Fig. 7. *Fig. 8.* *Fig. 9.*

Notre malade avait un cancer infranchissable du cardia, ayant envahi la face postérieure de l'estomac; celui-ci étant impossible à attirer dans la plaie, la gastrostomie ne put être faite. Aussi dut-on créer, pour alimenter le malade, une fistule jéjunale; cette jéjunostomie fut faite par un procédé semblable à celui que décrivit Marwedel pour la gastrostomie.

J'ai eu depuis l'occasion de l'utiliser chez un malade atteint d'ulcère de l'estomac rebelle au traitement médical, et de constater le bon



Fig. 10.

fonctionnement et la parfaite continence de l'abouchement jejunal ainsi réalisé.

Etude expérimentale sur la suppression du gros intestin par l'iléosigmoïdostomie.

Écho méd. du Nord. 1900. p. 445.

Iléosigmoïdostomie. Expériences et observations.

In Thèse de Crespin. Lille, mars 1903.

Les exemples de résection étendue du gros intestin, montrent que

la nutrition en souffre peu ; il n'y a donc pas là d'objection contre l'iléosigmoïdostomie.

Mais les expériences publiées dans ce travail et d'autres publiées dans la thèse de M. Crespin montrent que le gros intestin n'est pas mis absolument au repos même si l'on sectionne l'intestin grêle au-dessous de l'anastomose. Les matières retenues dans le rectum ont tendance à remonter dans le colon descendant et à y stagner. De plus, si l'on a fait l'anastomose pour remédier à une fistule stercorale comme dans le cas de Kœrte, on voit que les matières refluent en sens inverse de la péristaltique normale et ressortent par la fistule. La section de l'iléon est insuffisante, il faut sectionner également le gros intestin au-dessus de l'anastomose, en un mot pratiquer l'exclusion de l'intestin.

Cependant il est de ces cas où elle donne de bons résultats et nous avons eu l'occasion de faire l'iléosigmoïdostomie chez un jeune homme de 15 ans et demi porteur d'une tumeur inflammatoire de la région iléocæcale. Les phénomènes aigus s'amendèrent rapidement et la tumeur disparut progressivement. L'état du malade est devenu excellent, au point qu'on l'a accepté comme engagé volontaire dans l'armée belge.

Remarques critiques sur la signification exacte du terme : « Exclusion de l'intestin ».

Echo méd. du Nord. 1900. p. 520.

J'ai proposé dans ce travail de réserver le terme d'exclusion aux seuls cas où une partie de l'intestin est complètement isolée par une double section de la continuité du tube digestif, et de classer les opérations d'exclusion ainsi qu'il suit :

EXCLUSION INTESTINALE.

I. — Avec fermeture totale :
1. Les deux lumières sont suturées séparément.
Exclusion avec fermetvre totale en boudin (wurst formig).
2. Les deux lumières sont réunies l'une à l'autre.
Exclusion avec fermeture totale en anneau (ringformig)

II. — Avec fermeture partiolle :
1. Abouchement cutané des deux extrémités de l'anse exclue.

Etablissement de fistules proximale et distale.

a) en deux points différents de la paroi (en boudin ouvert).

b) les deux fistules juxtaposées (en anneau ouvert).

2. Abouchement d'une seule extrémité après fermeture et réduction de l'autre. Selon l'extrémité abouchée :

a) Etablissement d'une fistule proximale.

b) Etablissement d'une fistule distale.

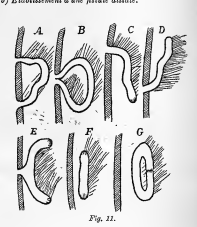


Fig. 11.

3. Après fermeture des deux extrémités de l'anse exclue :

a) Etablissement d'une fistule sur un point latéral de l'anse.

b) Conservation d'une fistule pathologique préexistante.

Exclusion avec fermeture partielle et fistule intermédiaire.

Recherches expérimentales sur l'exclusion avec fermeture totale du gros intestin sans lavages préalables.

Echo méd. du Nord, 1900 p. 563 et 1901 p. 90 et *Soc. de méd. du Nord,* 8 mars et 28 juin 1901.

I. — Sur cinq animaux qui ont subi l'exclusion de la majeure

partie du gros intestin et d'un petit segment d'iléon 34 à 50 jours après un premier temps opératoire, consistant en une iléorectostomie, quatre animaux sont morts du cinquième au treizième jour; le cinquième est mort au bout de 126 jours, l'anse exclue s'était vidée par effraction dans le tube digestif, mais de nombreuses adhérences se sont formées qui ont causé la mort par étranglement de l'intestin.

II. — Sur six chiens opérés en un seul temps, 4 sont morts du deuxième au treizième jour; le cinquième est mort au bout de 227 jours, l'anse exclue était distendue par une quantité énorme de sécrétions accumulées, il s'est fait une péritonite par propagation.

Le dernier animal fut sacrifié au bout de 284 jours; l'anse exclue était en excellent état, mais le mésocolon, correspondant contenait de volumineux ganglions.

III. — Quatre exclusions d'intestin grêle nous ont donné deux morts le quatrième jour; les autres chiens ont succombé à des accidents d'occlusion par adhérences autour de l'anse exclue, au bout de 61 et 96 jours. Les anses exclues contenaient peu de matières.

L'étude de la virulence du contenu de l'anse avant l'opération et après la mort de l'animal ne nous a pas donné d'une façon constante une exaltation de virulence. Mais l'examen histologique de la paroi intestinale a montré une infiltration de leucocytes charriant pour la plupart des microbes qu'ils avaient puisés dans les culs-de-sac glandulaires ou la sous-muqueuse, processus qui peut aboutir à une péritonite par propagation si la virulence microbienne était suffisamment exaltée.

Recherches expérimentales sur l'exclusion avec fermeture totale du gros intestin après nettoyage de l'anse exclue.

Echo méd. du Nord 1901, p. 165.

Les nettoyages des anses exclues avec du sérum artificiel ou des liquides antiseptiques (acide lactique, saccharine) n'ont pas donné de meilleurs résultats, ils sont insuffisants à désinfecter la muqueuse, ils exposent à la souillure du péritoine par le liquide de lavage.

La plupart des animaux opérés sont morts rapidement; un a survécu jusqu'au 93e jour, mais nous avons eu des résultats aussi bons et même meilleurs sans aucun lavage de l'anse à exclure.

Nos recherches confirment donc celles des différents expérimentateurs; si, dans certains cas, on obtient une longue survie, on ne doit pas croire l'animal à l'abri de tout danger, témoin la péritonite survenue chez un chien 227 jours après l'exclusion.

L'Exclusion de l'intestin.

Thèse de Lille. G. Steinheil. 1901.

Lorsqu'on ne peut supprimer une anse intestinale portant une fistule ou une sténose, plusieurs moyens palliatifs permettent de détourner le cours des matières : l'anastomose latérale (A), l'anastomose par implantation (B) et enfin l'exclusion de la portion d'intestin malade (C).

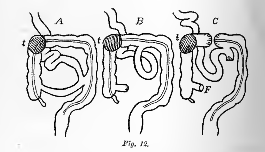


Fig. 12.

L'exclusion a été empruntée aux physiologistes qui l'employaient pour étudier la sécrétion intestinale sous le nom de *fistules de Thiry-Vella*. La première opération fut pratiquée en 1885 par Trendelenburg, et pendant longtemps, ce procédé opératoire ne fut appliqué que dans les pays de langue allemande, puisqu'en France, le premier cas d'exclusion, dû à M. le professeur Terrier, date de 1899. La question de l'exclusion était du reste peu connue chez nous;

une courte notice d'Heydenreich, une brève étude dans les traités de chirurgie, dans la « Chirurgie de l'intestin » de Jeannel composaient la littérature française sur l'exclusion quand parut la première Revue générale sur l'exclusion due à MM. Terrier et Gosset dans la « Revue de chirurgie » de 1900.

Nous avons, dans notre thèse, relaté les expériences de différents

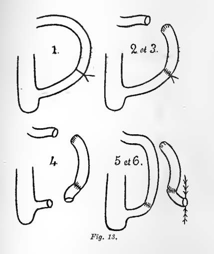


Fig. 13.

auteurs et les expériences personnelles brièvement résumées ci-dessus, auxquelles il faut ajouter des expériences d'exclusion avec fermeture partielle.

Pour éviter l'infection de la plaie opératoire par les sécrétions de l'anse exclue, nous avons proposé de faire la fermeture totale temporaire par le procédé suivant :

1) Ligature serrée sur l'intestin, qu'on enfouit sous un surjet séroséreux;

2) Section de l'intestin en amont de cette ligature et
3) Fermeture du côté à exclure;
4) Section en aval de la ligature;
5) Rétablissement de la continuité du tube digestif;
6) Abouchement à la peau de l'extrémité distale de l'anse exclue.

Mais il est arrivé que le sphacèle de la portion liée qui doit réouvrir l'anse au dehors, s'est produit prématurément, avant que les sutures enfouissant le sillon d'étranglement aient déterminé des adhérences suffisamment solides. Du reste le temps pendant lequel la fermeture est totale peut suffire à la production d'une péritonite par propagation et le drainage de l'anse est bien préférable à la fermeture temporaire.

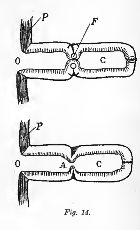


Fig. 14.

Aussi bien que les huit cas que nous avons rassemblés d'exclusion avec fermeture totale chez l'homme n'aient pas donné de mortalité, ce procédé est actuellement abandonné.

Nous avons rassemblé 34 cas d'exclusion avec fermeture partielle du gros intestin et de la région iléocæcale et 13 cas concernant l'intestin grêle, la mortalité opératoire est faible, 11 % pour le gros intestin, 15 % pour le grêle; les malades sont peu incommodés par la sécrétion de la fistule.

Enfin, dans certains cas, on a pu enlever des tumeurs primitivement inopérables.

Les indications de l'exclusion intestinale ont été posées en Allemagne par Salzer, Von Baracz, Obalinski, Von Eiselsberg, etc... et en France par MM. Le Dentu, Terrier et Gosset, Guinard, etc... Nous les avons résumées dans le tableau suivant :

I. — *Fistules cutanées pyostercorales* à la suite de plaies, corps étrangers, obstruction, étranglement herniaire, appendicite et péritypblite, tuberculose, ouverture de tumeurs adhérentes à la paroi, érosions d'anses intestinales englobées dans des collections purulentes.

II. — *Fistules vésico et vagino-intestinales*, consécutives à l'évolution d'un néoplasme ou d'un processus inflammatoire.

III. — *Tumeurs malignes ou inflammatoires inopérables* par suite des adhérences, des rapports avec des organes importants (uretère, vaisseaux), ou par suite de leur volume (invagination), ou lorsque l'on craint d'ouvrir, au cours de l'extirpation, une collection purulente enkystée.

IV. — *Inflammations spécifiques ou non* (tuberculose, actinomycose, entérite chronique), quand on peut espérer que le traitement médical rendra ultérieurement l'extirpation plus facile et moins dangereuse.

V. — *Nécessité opératoire.* Enfin exclusion d'un morceau d'intestin sain quand, après extirpation du segment malade, on ne peut réunir les deux tronçons du tube digestif.

Nous avons résumé, pour terminer, les discussions qui se sont élevées au sujet du choix du mode à employer, Von Baracz, ardent

défenseur de son procédé de fermeture totale a lui-même été pris de doute et, malgré son succès chez l'homme, il concluait, en 1899, de nombreuses recherches expérimentales, l'exclusion avec fermeture totale est « *une opération dangereuse entre toutes et absolument inapplicable à l'homme.* » L'accord est donc fait : l'anse exclue doit être drainée par une fistule que l'on crée en abouchant une de ses extrémités ou en conservant une fistule pathologique si elle est en déclivité et donne un bon écoulement des sécrétions de l'anse.

Ainsi pratiquée, l'exclusion est une ressource précieuse dans les cas où la résection est contre-indiquée ; c'est une bonne opération palliative ; elle permet parfois secondairement l'extirpation d'une lésion qu'on n'avait pu enlever tout d'abord, elle mérite donc une place importante en chirurgie intestinale.

Cancer du rectum.

Soc de méd. du Nord, 8 déc. 1905.

FOIE

Cancer primitif des voies biliaires. Lithiase biliaire concomitante.

Soc. de méd. du Nord, 23 juin 1899 (avec M. Raviart).

Adénocancer du foie avec cirrhose.

Soc. de méd. du Nord, 24 mai 1901 (avec le Dr Ingelrans).

Cirrhose veineuse du foie chez un jeune homme non alcoolique.

Soc. de méd. du Nord, 14 juin 1901 (avec le Dr Ingelrans).

Sur l'absence de formol dans la bile des chiens après ingestion d'helmitol.

Echo méd. du Nord 1904, p. 25, (avec M. le Prof. Surmont et M. Deron).

Sur l'absence de produits antiseptiques dans la bile des chiens soumis à l'ingestion d'helmitol.

Soc. de méd. du Nord, 11 mars 1904, (avec M. le Prof. SURMONT et M. DEHON).

L'helmitol est un composé d'urotropine et d'acide anhydro-méthylène-citrique; en se décomposant dans l'organisme, il produit de l'aldéhyde formique, qui s'élimine par l'urine; aussi l'a-t-on utilisé comme antiseptique intestinal et surtout urinaire. Nous avons constaté l'absence de formol dans la bile des chiens qui avaient pris de l'helmitol, avec une réaction qui permet de déceler 1/2000 de formol dans la bile.

Dans une seconde série d'expériences, nous n'avons trouvé aucune substance antiseptique qui pourrait dériver du formol sans en présenter les réactions; la bile de chiens soumis à l'ingestion de l'helmitol, avec une réaction qui permet de déceler 1/2000 de forles agents habituels des infections biliaires.

Cholécystentérostomie pour ictère chronique.

Echo méd. du Nord, 1906 p. 417 (avec le Dr LOOTEN).

Femme de 24 ans, tuberculeuse, laryngée et pulmonaire; l'ictère était dû à la compression du hile du foie par de volumineux ganglions tuberculeux. La cholécystentérostomie faite avec le bouton de Murphy amena la disparition de l'ictère qui a reparu deux mois après l'opération, et durait encore six mois plus tard mais moins foncé qu'auparavant. Diarrhée et douleurs ont cessé, mais la tuberculose fait des progrès.

Opération de Talma pour ascite cirrhotique ; mort le cinquième jour.

Echo méd. du Nord, 1906 p. 518 et *Prov. méd.* 12 janvier 1907.

La fixation de l'épiploon à la paroi a pour but de faire cesser au moins en partie les phénomènes d'hypertension portale, en ramenant par la paroi abdominale le sang qui ne peut passer que difficilement par le foie. Chez des malades comme la nôtre où il y a

déjà une circulation collatérale très développée, l'omentopexie peut se compliquer d'hémorrhagie grave, et lors de l'ouverture de la paroi abdominale, l'incision des divers plans fut l'occasion d'une hémorrhagie veineuse abondante, et même inquiétante par la difficulté qu'on eut à la faire cesser. Chaque piqûre pour suturer l'épiploon à la paroi donnait un véritable jet de sang veineux; aussi dut-on lier l'épiploon avec un catgut très fin entre le côlon et la suture à la paroi pour tarir l'écoulement sanguin; grâce à la faible dimension du catgut, sa résorption devait être assez rapide pour permettre au sang de circuler des insertions de l'épiploon vers la paroi. Notre cas se termina malheureusement par une mort au cinquième jour.

En rassemblant les observations signalées par Montprofit au Congrès de Paris de 1904, et les faits ultérieurs, nous trouvons 267 observations. La mortalité globale est de 36 %, elle peut se décomposer en 19 % de mortalité opératoire, dans les 15 premiers jours et en 17 % de mortalité post-opératoire. Les résultats obtenus se chiffrent par 13 % d'améliorés et 33 % de guérisons stables.

Pour rendre plus frappants ces résultats, nous pouvons dire que sur 6 cirrhotiques opérés, la moitié auront un bon résultat, il y aura deux guéris et un amélioré; l'autre moitié comprendra un non amélioré et deux morts. Ces résultats deviendront meilleurs, sans aucun doute, quand on opérera les cirrhotiques précocement, dès le début même du développement de l'ascite.

II. — PÉRITOINE ET PAROI ABDOMINALE.

Péritonite tuberculeuse à forme ascitique ; laparotomie ; anus contre nature spontané ; mort.

Echo médical du Nord, 1899 p. 18.

Cette tuberculose cloisonnée, à grande poche antéro-inférieure était consécutive à des lésions caséeuses de la trompe gauche; l'épiploon était rétracté en une corde verticale adhérente en bas, près du pubis. Après la laparotomie pratiquée par M. le professeur Carlier, il y eut une amélioration passagère, mais vingt jours après, la plaie se rouvrit; une anse grêle perforée par des lésions caséeuses évacuait son contenu dans la poche abdominale et de là, au dehors. La malade mourut 3 mois après l'opération.

Echinocoque libre dans la cavité péritonéale.

Soc. de méd. du Nord, 26 avril 1901, (avec le Dr Ingelrans).

Cet échinocoque, gros comme un grain de raisin, fut trouvé à l'autopsie d'un tuberculeux entre la face inférieure du diaphragme et le foie, absolument libre de toute adhérence dans la cavité péritonéale, ayant seulement déprimé en cupule le tissu hépatique. Ce parasite avait probablement été sous-séreux et pédiculisé, et était devenu libre par rupture du pédicule.

Fibrome de la paroi abdominale.

Echo méd. du Nord, 8 nov. 1903.

Fibrome apparu chez une femme de 21 ans, à la suite d'une déchirure musculaire avec ecchymose en soulevant un cuvier rempli de

linge. La tumeur n'avait aucune connexion avec l'os iliaque, ni avec le ligament rond; elle ne contenait pas de fibres lisses.

Ce cas vient à l'appui de la théorie de Labbé et Rémy; à côté des fibromyomes nés au dépens du ligament rond, il y a des fibromes par hypertrophie des cicatrices dues aux traumatismes, aux déchirures pendant la grossesse et l'accouchement.

III. — APPAREIL URINAIRE.

Contribution expérimentale à l'étude du procédé de Maydl.
Soc. de méd. du Nord, 22 mars 1901.

Anastomoee vésicorectale par le procédé de Maydl chez une chienne. Mort au bout de 366 jours.
Soc. de méd. du Nord, 11 avril 1902.

Etude critique et expérimentale sur l'anastomose vésicorectale par le procédé de Maydl.
Echo méd. du Nord, 1902, p. 293.

Les résultats éloignés de l'opération de Maydl dans l'exstrophie vésicale.
Echo méd. du Nord, 1904, p. 481.

La fixation du trigone vésical au rectum, ou opération de Maydl, est une opération ingénieuse et séduisante, car la conservation de l'orifice normal des uretères semble donner des garanties toutes spéciales contre l'infection ascendante. Il n'en est malheureusement pas ainsi dans tous les cas; et dans nos expériences, nous avons observé de l'infection rénale chez des chiens morts au bout de onze à vingt-huit jours. Deux de nos animaux en particulier, qui ont survécu 92 et 366 jours, nous ont fourni à l'autopsie de belles lésions de pyélonéphrite double. L'expérimentation n'est donc pas favorable à l'opération de Maydl.

Quels renseignements pouvons-nous tirer de l'étude clinique? Nous avons rassemblé 82 cas, dont la grande majorité comprend des enfants au-dessous de 15 ans. On note 22 morts opératoires,

soit 27 %, chiffre important qu'expliquent l'âge des malades, leur état de santé souvent défectueux, au point de vue rénal surtout, enfin le shock notable que détermine une opération aussi complexe et longue chez un enfant.

Sur les 60 malades guéris, on note 11 morts la plupart de pyélonéphrite double, survenues de 3 semaines à 3 ans après l'opération; ce qui fait 18 % de mortalité, chiffre inférieur à la réalité puisque certains opérés ont été perdus de vue. Cependant, il faut noter parallèlement quelques cas très encourageants : survies de 4 à 7 ans.

Il est difficile, à l'heure actuelle, de mettre en parallèle la mortalité opératoire élevée, les risques d'infection rénale ou d'intolérance du rectum pour l'urine chez les survivants, avec les bons résultats que certains auteurs ont obtenus, mais il est déjà permis de ne préconiser cette opération que lorsque les méthodes autoplastiques ont échoué.

La dérivation des urines par l'intestin.

Archiv. prov. de Chirurgie. Mai-juin 1902.

Outre l'abouchement de la vessie dans le rectum, nous avons passé en revue dans ce travail les abouchements de l'uretère. L'abouchement latéral n'a donné que des insuccès et est abandonné; l'implantation n'a donné que de rares bons résultats et seulement lorsqu'elle était unilatérale et que le rein du côté opposé pouvait faire une suppléance efficace.

Fowler et M. le professeur Albarran ont essayé d'aboucher l'uretère en canal oblique dans l'intestin; Fowler eut un succès constaté après 14 mois, M. Albarran perdit sa malade qui était tuberculeuse, du reste. Les 14 cas de fixation de l'uretère à l'aide des boutons de Boari ou de Chalot ont donné des résultats meilleurs, il semble donc y avoir un réel progrès dans l'emploi du bouton pour fixer l'uretère dans l'intestin.

La dérivation intestinale de l'urine ne peut donc être considérée que comme un procédé de nécessité; elle rencontre ses principales indications dans les lésions et altérations de l'uretère, l'exstrophie, la tuberculose, les tumeurs et certaines fistules de la vessie.

Sur le traitement chirurgical des néphrites par la décapsulation.

Rev. de Méd. et de Sc. annexes. Mars 1904,

Cet article renferme un cas personnel relatif à un jeune homme de 19 ans, présentant de l'anasarque généralisé avec hydropéricarde et hydrothorax double, qui fut opéré presque in extremis. Le malade mourut de syncope chloroformique alors que la décapsulation du second rein était terminée. Devant l'insuccès des tractions rythmées de la langue et des manœuvres habituelles de respiration artificielle, j'ouvris un volet thoracique, mais le massage du cœur resta sans résultats.

Néphrectomie transpéritonéale pour pyonéphrose

Soc. de méd. du Nord, 15 avril 1904.

Paraphimosis. Consultation médico-chirurgicale

Écho méd. du Nord, 1906, p. 44.

IV. — GYNÉCOLOGIE.

Fibromyomes de l'ntérus.

Soc. de méd. du Nord, 24 janv., 14 fév. et 9 mai 1902, 13 fév. 1903.

Epithslioma du col utérin traité par l'hystérectomis vaginale. Statistique des cancers utérins entrés dspuis onze ans à La Charité ds Lills.

Echo méd. du Nord, 1902, p. 186, (avec M. G. Minet).

L'âge moyen du cancer utérin, admis par les auteurs, est de 40 à 50 ans; notre relevé portant sur 205 cas nous a donné comme maximum de fréquence 35 à 45 ans; les statistiques de la population lilloise indiquent autant de femmes de 35 à 40 ans que de 45 à 50; cette plus grande fréquence ne peut donc être attribuée à l'existence d'un plus grand nombre de femmes de cet âge.

Hystérectomis abdominale pour infection par snits ds rétention placsntaire datant de 2 mois dans un utérus fibromatsux. Guérison.

Echo méd. du Nord, 1905, p. 523.

Utérus sénils en prolapsus, hystérectomie vaginals.

Soc. de méd. du Nord, 22 déc. 1906.

Ds la torsion axials ds l'utérus.

Echo médical du Nord, 1906 p. 325, (avec le Dr M. Leroy).

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de torsion axiale de l'utérus par un myome kystique développé dans la corne gauche de l'utérus, nous avons fait une étude d'ensemble de la question d'après

les 30 cas de torsion consécutive à des tumeurs fibreuses de l'utérus, et les 22 cas dus à des tumeurs ovariques. Ce sont souvent de grosses tumeurs qui, après avoir élongé l'utérus qui leur sert de pédicule, se tordent secondairement. Le plus souvent, on a signalé une torsion de 180°, les annexes droites venant se loger à gauche et réciproquement, mais on a observé jusqu'à deux tours et demi. Les lésions consécutives et les symptômes varient considérablement suivant le degré de torsion et surtout suivant qu'elle se produit brusquement ou d'une façon lente et progressive. On comprend également que le pronostic soit plus sévère pour la torsion aiguë.

Le diagnostic est très difficile : on aura tendance à penser à la torsion d'un pédicule de kyste ou de fibrome, en présence d'accidents aigus; la constatation de l'imperméabilité de l'utérus à l'hystéromètre, la torsion effaçant sa cavité, permettront de songer à la torsion axiale de l'utérus, à la condition d'éliminer l'hypothèse de tumeur interstitielle ou sous-muqueuse arrêtant l'instrument.

Mais par contre, on a trouvé des cas de semblable torsion avec conservation de la perméabilité utérine.

Dans le cas de kystes ovariques, on a enlevé la tumeur et détordu l'utérus, dans le cas de fibrome, l'opération a toujours été facile : l'utérus tordu forme un pédicule facile à sectionner et à traiter; si la tumeur est pédiculée sur l'utérus, on a pu conserver celui-ci après détorsion.

Deux cas sont particulièrement intéressants par la grossesse qui les compliquait : Lœhlein enleva un kyste de l'ovaire, détordit l'utérus et la grossesse évolua normalement; Reinprecht fit la césarienne et enleva l'utérus porteur de nombreux petit myomes, dont un plus volumineux était en partie gangrené. L'enfant était vivant et pesait 2.320 gr.

Grossesses tubaires.

Soc. de méd. du Nord, 7 juillet 1905 et 23 janvier 1906.

Kyste du ligament large, annexite ; castration abdominale.

Soc de méd. du Nord, 22 déc. 1904, (avec le Dr Leroy).

Kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large.

Soc. de méd. du Nord, 9 fév. 1906.

Ovariotomie pour kyste dermoïde chez une femme enceinte de deux mois et demi.

Echo méd. du Nord, 1906 p. 121, (avec M. le Professeur Dubar).

Ce petit kyste dermoïde avait déterminé deux crises douloureuses, dues probablement à un commencement de torsion de son pédicule qui était très long; ces crises auraient pu amener une réaction suffisante pour mettre en jeu la contractilité utérine et interrompre la grossesse, aussi l'ablation était-elle justifiée. La grossesse put du reste se continuer normalement.

Les statistiques de Knoll, Audebert, Plateau ont du reste montré qu'il y a moins d'avortement dans les cas où on a enlevé le kyste que lorsqu'on l'a laissé chez une femme enceinte. D'après ces auteurs, l'ovariotomie serait le meilleur moyen de sauvegarder la vie de l'enfant.

Tumeure végétantes de l'ovaire et en particulier de leur traitement par la castration abdominale totale

Soc. de méd. du Nord. 8 juin 1906.

Dans les quatre cas rapportés, l'un est surtout intéressant, par ce fait que la tumeur végétante, d'abord inopérable par son grand volume et son extension, a rétrocédé au point de devenir extirpable à la suite de plusieurs laparotomies simples ayant pour but de débarrasser la malade d'une ascite gênante.

Deux cas d'épithélioma de la vulve

Echo méd. du Nord, 1906. p. 349, (avec le Pr Leroy).

V. — MEMBRES.

Conservation dans les traumatismes de la main.

Soc. de méd. du Nord, 11 mai 1900.

Lipomes symétriques des avant-bras.

Soc. de méd. du Nord, 11 octobre 1901, (avec le Dr Ingelrans).

Arrachement du tendon rotulien gauche ; 13 ans après, fracture transversale de la rotule droite ; conservation suffisante des fonctions du genou.

Soc. de méd. du Nord. 22 novembre 1901.

Ce malade marchait sans canne ni béquilles, montait les escaliers par un mouvement de faux de la jambe gauche raidie, bien que son tendon rotulien gauche soit détruit et que la rotule gauche soit à 10 cm. au-dessus de l'interligne; la rotule droite cassée 13 ans après l'arrachement tendineux gauche, était consolidée avec un cal fibreux long de 12 cm. Exemple de ce que l'énergie et la bonne volonté des malades peuvent obtenir d'un membre imparfait.

Ostéosarcomes du fémur.

Soc. de méd. du Nord, 9 mai 1902.

Résultats éloignés d'une ostéopériostite du péroné.

Soc. de méd. du Nord, 24 octobre 1902.

Ce petit malade avait éliminé la moitié de son péroné, la malléole interne s'étant hypertrophiée, la bride fibreuse remplaçant le péroné faisant corde, le pied était dévié en abduction au point que la mal-

léole interne touchait le sol. M. le professeur Dubar a pu obtenir après section de la bride fibreuse le redressement progressif du pied, et une greffe d'os de chien a permis de restituer au malade la partie manquante de son péroné.

Désarticulation interscapulothoracique pour ostéosarcome de la tête de l'humérus.

Soc. de méd. du Nord, 13 janvier 1905.

Arthropathie tabétique suppurée du coude

Soc. de méd. du Nord, 6 mars 1905.

Cette suppuration chez un tabétique, syphilitique et tuberculeux pulmonaire, amena des lésions phlegmoneuses interminables et un état grave de septicémie staphylococcique qui nécessitèrent l'amputation du bras. Consécutivement l'état du malade s'est considérablement relevé.

La suppuration a été observée rarement au niveau d'arthropathies tabétiques.

Ongle incarné. Consultation médico-chirurgicale

Echo méd. du Nord. 1905, p. 367.

Ankylose vicieuse et atrophie consécutives à une résection du genou ; ostéotomie.

Soc. de méd. du Nord, 13 juillet 1906, (avec le Dr Leroy).

VI. — DIVERS.

ANESTHÉSIE.

Anesthésie locale par la cocaïne.

Rev de méd. et des Sc. annexes. Janvier 1904.

Ce travail résume les notions courantes indispensables sur l'emploi de la cocaïne, son mode d'action, les précautions à prendre pour éviter les accidents, les méthodes de stérilisation des solutions et enfin la technique des injections traçantes préconisées par M. le professeur Reclus et la méthode circumférentielle de Krogius applicable à certains organes comme les doigts et la verge.

Quelques essais d'analgésie par injection épidurale de cocaïne.

Echo méd. du Nord, 1901, p. 319.

Ces quelques essais nous ont montré que si la méthode est d'une grande innocuité, et si elle réussit contre certaines douleurs peu vives et d'origine récente, elle a peu d'action sur les phénomènes douloureux chroniques.

CORPS THYROIDE

Un cas de goître exophtalmique fruste chez l'homme.

Echo méd. du Nord. 1901, p. 44.

Cancer du corps thyroïde.

Echo méd. du Nord, 1901. p. 237, (avec le Dr Ingelrans).

Le cancer thyroïdien est rare dans la région du Nord, car il appa-

raît ordinairement chez d'anciens goîtreux et le goître est peu fréquent. La malade s'est présentée comme une basedowienne ; il s'agissait là de phénomènes d'hyperthyroïdisation dus à l'hyperplasie glandulaire. La tumeur cervicale se continuait avec une tumeur plus volumineuse constituée par les ganglions du médiestin. Ce cancer a eu une marche aiguë, il a été mortel en six mois. L'examen microscopique montrait des vésicules thyroïdiennes, limitées par une ou deux rangées de cellules cubiques du type thyroïdien ; il y avait infiltration diffuse de ces mêmes cellules dans le stroma conjonctif.

PATHOLOGIE INTERNE.

Trois cas de cancer généralisé.

Soc. de méd. du Nord, 28 juin 1901, (avec le Dr INGELRANS).

Lipomatose généralisée.

Soc. de méd. du Nord, 28 juin 1902, (avec le Dr INGELRANS).

Sarcome du cervelet ayant simulé une méningite tuberculeuse.

Soc. de méd. du Nord, 12 juillet 1901, (avec le Dr INGELRANS).

Homme de 21 ans ayant présenté une céphalée considérable ; des vomissements, de la constipation, de la photophobie, de la bradycardie, du cri hydrencéphalique, des modifications du rythme respiratoire, la raie méningitique, des phénomènes pupillaires, de la rétraction du ventre, une température voisine de 38°, l'attitude en chien de fusil. La ponction lombaire donna un liquide clair, sans leucocytes. Le malade mourut subitement : on trouva un sarcome globocellulaire du cervelet. Il n'y avait aucune trace de méningite.

Sur un cas de leucémie.

Congrès de médecine de Lille, 1899, p. 136 et *Echo médical du Nord*, p. 532, (avec le Dr POTEL).

Symphyse cardiaque tuberculeuse ; pseudocirrhose du foie d'origine péricardique.

Soc. de méd. du Nord. 26 avril 1901, (avec le Dr Ingelrans).

Sur un procédé nouveau de création d'un petit estomac de Paulow chez le chien.

Soc. de biologie. avril 1907, (avec le Dr Dehon).

Sclérose du pancréas ; diabète.

Soc. de méd. du Nord, 14 fév. 1902, (avec le Dr Ingelrans).

Pancréas extrêmement atrophié et sclérosé au maximum. Cellules pancréatiques rares et méconnaissables; disparition d'une quantité d'îlots de Langerhans dont quelques-uns sont sclérosés. C'est un appoint à la théorie de M. Laguesse qui considère ces îlots comme les organites de la sécrétion interne du pancréas.

Action du sérum antipancréatique sur le pouvoir amylolytique du sérum sanguin.

Soc. de Biologie, 18 mai 1902, (avec M. le professeur Surmont).

TABLE ANALYTIQUE